

Aus der für Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Subjektives Erleben von Zwangsmaßnahmen – Prävention
von Zwang aus Sicht Betroffener

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Juliane Mielau

aus Osterburg

Datum der Promotion: 23.06.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	3
2. Einführung	5
3. Zielstellung	7
4. Methodik	8
5. Ergebnisse	10
6. Diskussion	12
7. Literaturverzeichnis	18
8. Eidesstattliche Versicherung.....	23
9. Anteilserklärung.....	23
10. 1. Publikation: Mielau et al. 2015	25
11. 2. Publikation: Mielau et al. 2016	38
12. 3. Publikation: Mielau et al. 2017	44
13. Lebenslauf	53
14. Komplette Publikationsliste	54
15. Danksagung	55

Zusammenfassung

1. Abstract

Unter bestimmten Bedingungen können Zwangsmaßnahmen (ZM) bei psychotischen Patienten dazu beitragen, ihre Selbstbestimmungsfähigkeit wiederzuerlangen, vor Eigen- oder Fremdgefährdung zu schützen bzw. Eigengefährdung bedingende Symptome zu lindern.

Patienten, die ZM erfahren, zeigen Behandlungsverläufe mit hohen Wiederaufnahmeraten, Selbststigma, sowie weniger Empowerment und Lebensqualität. Aus der Betroffenenperspektive ist wenig über die subjektive Wahrnehmung von ZM, deren Rechtfertigung, Einschätzungen über mögliche Alternativen zu ZM und deren Konsequenzen in Bezug auf zukünftige Behandlungen bekannt.

Die erste hier vorgestellte Studie untersucht die Einstellungen von an Schizophrenie, schizoaffectiver oder bipolarer Störung erkrankten Patienten gegenüber psychiatrischen ZM unter Berücksichtigung des Einflusses der eigenen Behandlungsvorgeschichte im Vergleich zu Gesunden. Sechs Fallvignetten, welche klinische Entscheidungssituationen hinsichtlich der Anwendung von Zwang beschreiben, wurden 60 Freiwilligen und 90 Patienten zur Einschätzung vorgelegt. Mit Hilfe eines strukturierten Interviews sowie der „Coercion Experience Scale“ (CES) und der „Admission Experience Survey“ (AES), wurden objektive Aspekte und subjektives Erleben von Zwang in der Behandlung erfasst. Als Einflussvariablen fungierten das psychosoziale Funktionsniveau, der Schweregrad der Symptome und die Krankheitseinsicht. Im Ergebnis zeigten Patienten und gesunde Kontrollen keine signifikanten Unterschiede in ihrer Einstellung gegenüber Zwangsmedikation und -unterbringung. Im Gegensatz dazu lehnten Patienten signifikant häufiger mechanische Sicherungsmaßnahmen wie eine Fixierung ab. Ein höheres soziales Funktionsniveau, geringere selbst erlebte Behandlungseffektivität und -fairness und eine höhere Anzahl anamnestischer ZM prädizierten die Ablehnung von ZM (Mielau et al. 2015).

In der zweiten Studie wurden Präventionsstrategien und Präferenzen im Hinblick auf ZM aus der Perspektive überwiegend zwangserfahrener Patienten untersucht. Aus Patientensicht könnten ZM durch ein häufigeres Angebot an Einzelgesprächen, Verbesserung der Personalbesetzung, Weiterbildung des Personals und verbesserte Kommunikation sowie räumliche Rückzugsmöglichkeiten reduziert werden. Die Mehrheit der Befragten präferierte eine im Falle von Selbstgefährdung durch Festhalten, im Falle von Fremdgefährdung durch Fixierung ermöglichte Zwangsmedikation gegenüber anderen Sicherungsmaßnahmen (Mielau et al 2016).

Im Rahmen der dritten Studie wurden Anzahl, Art und subjektive Erfahrung selbst erlebter ZM, kognitive und klinische Krankheitseinsicht, Psychopathologie und die Wahrnehmung von Zwang während der Krankenhausaufnahme hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes für die Haltung von 79 Patienten gegenüber psychiatrischen Institutionen analysiert. Als signifikante Prädiktoren erwiesen sich die wahrgenommene Behandlungsfairness und -effektivität sowie das subjektive Erleben der ZM. Ein hohes Maß an Selbstreflexivität war damit assoziiert, dass die Psychiatrie auch nach einer erlebten ZM als Unterstützung angesehen werden konnte. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutsamkeit von Zuwendung und der Qualität der praktischen Umsetzung im Falle unumgänglicher ZM (Mielau et al. 2017).

Under certain conditions, coercive interventions (CI) in psychotic patients can help to regain the aptitude of self-determination, to avert endangerment of self or others or alleviate symptoms that cause self-harm. Patients who experience CI show courses of treatment with higher rates of readmission, self-stigma and less empowerment and quality of life. This study explored attitudes towards psychiatric CI in healthy individuals and persons suffering from schizophrenia, schizo-affective or bipolar disorder. The impact of personal history of CI on preferences concerning clinical management of patients unable to consent, was investigated. Six case vignettes depicting ethical decision-making scenarios were presented to 60 healthy volunteers and 90 patients. Structured interviews focusing on experienced coercion were performed in conjunction with the “Coercion Experience Scale” (CES) and the “Admission Experience Survey” (AES) that were used to establish objective aspects and subjective impact of CI. Symptom severity, psychosocial functioning (GAF) and insight into illness (SAI) were assessed as influencing variables. Student’s t-tests compared patients’ and controls’ judgments, followed by regression analyses to define the predictive value of coercion- and symptom-related instruments on judgments. Patients more than controls significantly disapproved of mechanical restraint. Higher overall functioning and quantities of experienced CI as well as a low level of personal experience of treatment effectiveness and fairness, predict the rejection of the justification of CI (Mielau et al. 2015). The second study explored patients’ preferences on measures of prevention of CI. Participants saw preventive potential in a wider availability of individual therapeutic sessions, improvement of professional competence and communication skills, high staff-to-patient ratios and retreat facilities. The majority of participants preferred forced medication and manual restraint in case of self-endangerment and forced medication in conjunction with mechanical restraint in the event of endangerment of others (Mielau et al. 2016). Using a logistic regression approach, influencing factors such as number, type and subjective experiences of CI, cognitive and clinical insight, psychopathology and patients’

global perceptions of their hospitalisation were analysed for their predictive value of patients' attitudes toward psychiatry. The subjective experience of CI and the perception of fairness and effectiveness during the treatment process predicted patients' attitudes toward psychiatry as opposed to the quantity of CI or symptom-related measures. Patients presenting a higher degree of self-reflectiveness perceive psychiatric institutions more likely as allies (Mielau et al. 2017). Results underline the importance of the quality of practical implementation and care, if CI cannot be avoided.

2. Einführung

Zwangsmaßnahmen bzw. Behandlungen gegen den natürlichen Willen von psychisch erkrankten Personen werden in einer die Patientenautonomie betonenden, dialogischen und Recovery-orientierten Psychiatrie von Seiten der Behandler, aber auch von Angehörigen- und Patientenverbänden kontrovers diskutiert (1, 2). Unter psychiatrischen Zwangsmaßnahmen sind freiheitsentziehende Maßnahmen, die ohne Einverständnis des Betroffenen vollzogen werden, wie Unterbringung auf einer geschlossenen Station, Festhalten, mechanische Sicherung (Fixierung eines Patienten mittels Gurtsystem, Bettgitter), Verbringung in einem reizarmen Raum (Isolierung) oder Zwangsmedikation, zu verstehen (3). Die akute Psychose ist als häufige Ursache aggressiver psychomotorischer Erregungszustände beschrieben worden und erfordert nicht selten freiheitseinschränkende Maßnahmen (5). Ebenfalls häufig von ZM betroffen sind Patienten mit organischer psychischer Störung, die erstmalig behandelt werden. Für die folgenden sozioökonomischen Faktoren konnten Thomsen et al. Assoziationen mit einem erhöhten Risiko von Zwang aufzeigen: männliches Geschlecht, Arbeitslosigkeit, niedrige Sozialklasse, Einwanderer aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (4). In Deutschland können Behandlungsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen eines Patienten auf Antrag der gesetzlichen Betreuer rechtswirksam durchgeführt werden, wenn die folgenden Voraussetzungen gemäß Betreuungsgesetz § 1906a Abs. 1 erfüllt sind: Vor Durchführung der Behandlung muss ernsthaft und mit dem notwendigen Zeitaufwand versucht worden sein, den Betreuten von der Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahme zu überzeugen. Die ärztliche Maßnahme muss zum Wohl des Betreuten notwendig sein, um einen drohenden erheblichen Gesundheitsschaden abzuwenden. Diese medizinische Notwendigkeit kann der Betreute zwar krankheitsbedingt nicht erkennen; dennoch muss die Durchführung der Behandlung seinem mutmaßlichen und ggf. in einer Patientenverfügung niedergelegten Willen entsprechen. Diese muss für den Betreuten das mildeste Mittel darstellen, um die drohende Gesundheitsgefahr abzuwenden und der Nutzen der Behandlung muss die Beeinträchtigungen deutlich

überwiegen. Eine solche Zwangsmaßnahme kann nur im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts erfolgen, in dem die fachlich gebotene Versorgung des Betreuten gewährleistet ist. In Notfallsituationen dürfen ZM gemäß Berliner PsychKG zur Abwendung einer erheblichen Schädigung der Gesundheit des Betroffenen oder bedeutender Rechtsgüter Dritter und der Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit angewandt werden (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten; §39 PsychKG). ZM sollten ausschließlich als Ultima Ratio eingesetzt und grundsätzlich in ein Gesamtbehandlungskonzept eingebettet sein (6) sowie keinesfalls als Strafe angewandt werden (7). Hinsichtlich legislativer Grundlagen, Auswahl der bevorzugten ZM, Durchführung und Dokumentation von Zwangseinweisungen und der Anwendung von Zwangsmedikationen, Isolierung und mechanischer Sicherung herrscht wenig Konsens im europäischen Raum, was u. a. durch das „Eunomia“ Projekt verdeutlicht wurde (8-11). Generell sind die Belege für Sicherheit und Wirksamkeit von ZM als unzureichend zu werten (12). Aufgrund ethischer und methodischer Schwierigkeiten fehlen hochwertige Studien, die ZM untereinander oder mit alternativen Maßnahmen vergleichen. Die Perspektive der Betroffenen wurde in diesem Zusammenhang empirisch weitestgehend vernachlässigt (2). Während 40 % der befragten Patienten, die eine Isolierung erlebt hatten, auch positive Aspekte dieser ZM angeben konnten, waren es bei fixierten Patienten lediglich 20 % (13). Eine Studie aus dem Jahr 2012, die den Vorzug von Isolierung versus medikamentöser Zwangsbehandlung aus Patientensicht untersuchte, illustrierte, dass Patienten mehrheitlich jenes Verfahren präferieren, welches sie in der Vorgeschichte bereits erlebt hatten (14). Auch lokale Behandlungstraditionen sind häufig ausschlaggebend für die Umsetzung der angewendeten ZM (3). Aggressivem Verhalten in psychiatrischen Settings soll gemäß der S2-Leitlinie zur Gewaltprävention u.a. mit erfahrenerm Personal, liberalen Ausgangsregelungen, zeitlich begrenztem Einsatz von Sitzwachen, diagnostischer Durchmischung der Stationen, „Offener-Tür-Politik“, moderner Ausstattung der Räumlichkeiten, nebenwirkungsarmer und niedrigdosierter Medikation, Bezugspflege und Vermeidung von Überbelegung begegnet werden (7). Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015 konstatierte folgende mit aggressivem Verhalten auf psychiatrischen Stationen assoziierte Faktoren: männliches Geschlecht, Diagnose einer Schizophrenie, Substanzgebrauch, Gewalterfahrung in der Lebensgeschichte (15). Morrison postulierte, dass die Haltung der Behandlungsteams die Anzahl der Übergriffe durch psychiatrische Patienten bestimme (16); je kontrollierender die Haltung der Teams, desto höher die Anzahl der Übergriffe durch Patienten. Eine Vielzahl von Studien weist zudem darauf hin, dass der Einsatz von ZM von institutionellen Rahmenbedingungen stärker beeinflusst wird als vom

Krankheitszustand der betroffenen Patienten (17-19). Die Patientensicht in Bezug auf mögliche Präventionsstrategien von ZM wurde bisher in der empirischen Forschung wenig berücksichtigt, obwohl die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme 2013 dazu aufrief, Strategien zur Reduktion von ZM unter Einbezug von Betroffenen in zukünftigen Forschungsprojekten zu beleuchten (20).

Kallert et al. zeigten in einer Studie aus dem Jahr 2011, dass sich in einem Patientenkollektiv von 2326 untergebrachten und weiteren 764 Patienten, die sich trotz freiwilliger Behandlungsbasis zu einer Therapie gezwungen fühlten, durch Zwangsunterbringungen moderate Symptombesserungen ergaben (21). ZM sind jedoch mit einem geringeren sozialen Funktionsniveau, erhöhtem Suizidrisiko und weniger Behandlungszufriedenheit assoziiert (22). In einer Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2016 wurde bestätigt, dass Suizide, Suizidversuche und Entweichen von psychiatrischen Stationen in Behandlungssettings mit offenen Stationstüren im Vergleich zu geschlossenen Stationen nicht signifikant erhöht waren (23). Der Entwicklung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge psychiatrischer ZM wurde erst vor wenigen Jahren Beachtung in der klinischen Forschung geschenkt (24). Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass objektiver und subjektiver Zwang zu Misstrauen führt (25) und eine ablehnende Haltung gegenüber psychiatrischen Diensten und Personal nach sich zieht (26).

3. Zielstellungen

In *Mielau et al. 2015* wurde der Fokus auf die Studienfrage gelegt, ob sich auch Patienten in klinisch häufig anzutreffenden Entscheidungssituationen für eine ZM entscheiden würden und welche ZM im jeweiligen Fall bevorzugt wird. Die Befragten wurden dazu aufgefordert, die in jeder von 6 Fallvignetten gerechtfertigte ZM (Zwangsunterbringung, Zwangsmedikation, Fixierung) zu wählen. Die Antworten von überwiegend zwangserfahrenen Patienten wurden mit denen gesunder Kontrollen verglichen. Im Patientenkollektiv sollten darüber hinaus mögliche Einflussfaktoren (psychosoziales Funktionsniveau, Krankheitseinsicht, Schweregrad der Symptomatik, Gesamtanzahl erlebter ZM, AES) in Bezug auf die Tendenz zur Rechtfertigung von ZM herausgearbeitet werden. In der Subgruppe der Patienten, die in der Vergangenheit mindestens eine mechanische Sicherung erlebt hatten, wurde auch der Einfluss der persönlichen Zwangserfahrung (CES) auf die Rechtfertigung psychiatrischer ZM untersucht (Mielau et al. 2015).

Die zweite Studie untersuchte die Präferenzen psychiatrischer Patienten in Bezug auf die Anwendung von ZM im Falle einer nicht durch andere geeignete Deeskalationsversuche

abwendbaren Gefahr. Zusätzlich wurden von Patienten vorgeschlagene Maßnahmen zur Reduktion erlebter ZM im Allgemeinen sowie bezogen auf eine selbst erlebte ZM erfasst (Mielau et al. 2016).

In der dritten Studie wurde die Auswirkung von ZM auf die Haltung der Betroffenen gegenüber der Behandlung in psychiatrischen Kliniken unter Berücksichtigung der folgenden Faktoren exploriert: Anzahl und Art erlebter ZM, subjektive Erfahrung von ZM, kognitive und klinische Krankheitseinsicht, Psychopathologie, Wahrnehmung von Zwang während der eigenen Krankenhausbehandlung. Einerseits sollten Assoziationen zwischen der Haltung gegenüber psychiatrischen Einrichtungen und den genannten quantitativen und qualitativen Faktoren aufgedeckt, andererseits Prädiktoren für die Haltung gegenüber der Psychiatrie sowohl im Gesamtsample als auch in der Subgruppe der zwangserfahrenen Patienten definiert werden (Mielau et al. 2017).

4. Methodik

Eingeschlossen wurden mindestens teilremittierte Patienten im Alter von 18-71 Jahren mit einer Diagnose aus dem Schizophrenie (F20.x), einer schizoaffectiven (F25.x) oder bipolaraffectiven Störung (F31.x) gemäß ICD-10 (27). Vorausgesetzt wurden zudem hinreichende Deutschkenntnisse. Ausschlusskriterien waren komorbide organische Hirnerkrankungen, relevanter Substanzkonsum oder somatische Erkrankungen mit Auswirkung auf zerebrale Funktionen. Die meisten Teilnehmer waren Patienten, die zum Erhebungszeitpunkt zwischen September 2012 bis Juni 2013 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Mitte oder durch deren Institutsambulanzen in Berlin behandelt wurden. Ein teilstrukturiertes Interview diente der Erfassung demographischer und klinischer Variablen sowie der Maßzahlen des objektiven Zwangs. Zur klinischen Charakterisierung der Stichprobe wurden Instrumente zur Einschätzung psychopathologischer Symptome verwendet: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, 28), Young Mania Rating Scale (YMRS, 29), Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS, 30), Global Assessment of Functioning Scale (GAF, 31) und die Schedule of Assessment of Insight (SAI, 32). Die „Coercion Experience Scale“ (CES, 33) erfasst die Einschätzung der Patienten bezüglich der Restriktion der Autonomie und Menschenrechte sowie des Leidens durch ZM mittels 5-Punkt Likert-Skala; es werden mit der ZM assoziierte Stressoren abgebildet: Ein aus 15 Items gebildeter Faktor („Demütigung“) bezieht sich auf Gefühle der Würdelosigkeit und Degradierung; der Faktor

„nachteilige physische Wirkungen“ (4 Items) u.a. auf erschwerte Körperpflege und Schmerzen. Anhand von zwei Items (Faktor „Separierung“) wird die Einschränkung des Kontakts zu anderen Patienten und dem Personal beurteilt. Räumliche Bedingungen, wie die Luftqualität oder Lichtverhältnisse, werden durch den Faktor „negatives Umfeld“ (5 Items) erfasst. Je zwei weitere Items bilden die Faktoren „Angst“ und „Zwang“.

Die „Admission Experience Survey“ (AES, 31) dient der Erfassung der Wahrnehmung von Zwang im Zusammenhang mit der Klinikaufnahme und besteht aus 16 Items, die jeweils auf 5-Punkt-Skalen eingeschätzt werden. „Behandlungseffektivität“ und „Fairness“ werden in der AES-1 Subskala vereint. Die AES-2 Subskala setzt sich aus den Faktoren „wahrgenommener Zwang“, „negativer Druck“ und „Ausschluss aus Behandlungsprozessen“ (z.B. fehlendes Mitspracherecht, mangelnde Validierung von Behandlungsentscheidungen) zusammen.

IBM PASW Statistics 20® diente der Datenanalyse. Zur Auswertung kamen Student's t-Tests, one-way ANOVA, Korrelations-, sowie lineare und logistische Regressionsanalysen zur Anwendung.

Für die erste Studie wurden 60 nicht klinische Kontrollen aus dem gleichen sozioökonomischen Gebiet rekrutiert, für die zusätzlich folgende Ausschlusskriterien galten: Vorhandensein von Verwandten ersten Grades mit psychotischen Erkrankungen, persönliche oder professionelle Erfahrung mit psychiatrischer Versorgung. Die den Probanden vorgelegten Fallvignetten beschreiben teilweise dilemmatische klinische Szenarien, in denen unter Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte Patienten mit unterschiedlichen psychotischen Symptomen und daraus resultierender Selbst- und/oder Fremdgefährdung dargestellt werden. Auf einer 5-Punkt Likert-Skala sollten die Probanden für jede Vignette entscheiden, ob eine Rechtfertigung einer Zwangseinweisung, -medikation oder Fixierung des jeweiligen Protagonisten gesehen wird. Mittels 1-seitiger ANOVA erfolgten Gruppenvergleiche der Urteile über die Rechtfertigung von ZM in den fiktiven Fallvignetten der Patienten mit Fixierungserfahrung, Kontrollen und einer Gruppe von Patienten, die bis zum Befragungszeitpunkt keine Fixierung erlebt hatten. Um Prädiktoren der Patientenurteile in Bezug auf die Rechtfertigung bzw. Akzeptanz von ZM (definiert als Summerscore der Antworten zu den Fallvignetten) zu definieren, wurde ein hierarchisches, lineares Regressionsmodell angewandt (Inklusion von 1. Alter bei Erstmanifestation, GAF, Psychopathologie; 2. AES-Subskalen, Gesamtanzahl erlebter ZM; 3. SAI). Anschließend wurden lediglich die Patienten in eine hierarchische, multiple Regression miteinbezogen, die bereits eine Fixierung erfahren hatten und die CES als Prädiktor ergänzt (Mielau et al. 2015).

In Studie 2 wurde anhand von acht vorformulierten Vorschlägen, welche aus den häufigsten freien Antworten von Patienten in der Pilotphase der Studie gewonnen wurden, erfragt, wie die letzte oder schwerste selbst erlebte ZM hätte verhindert werden können. Mehrfachzustimmungen und freie Angabe weiterer Präventionsmöglichkeiten waren möglich. Die Befragung nach allgemeinen Möglichkeiten zur Verhinderung von ZM gestaltete sich in gleicher Weise. Ferner wurden die Teilnehmer gebeten, die wie folgt formulierte Frage zu beantworten: „Stellen Sie sich vor, ein Mensch gefährdet aufgrund einer psychischen Erkrankung sein eigenes Leben oder das einer anderen Person, fühlt sich jedoch nicht krank und möchte nicht behandelt werden. Alle bisherigen Versuche, auf den Patienten beruhigend einzuwirken und die Situation zu deeskalieren, schlugen fehl. Welche der folgenden Sicherungsmaßnahmen halten sie in der jeweiligen Situation für angemessen?“ Die Probanden konnten zwischen Fixierung, Fixierung und Zwangsmedikation, Zwangsmedikation und Festhalten durch Personal, alleiniger Zwangsmedikation, Isolierung, und keiner Intervention wählen (Mielau et al. 2016).

Bei der Untersuchung der Haltung der Patienten gegenüber psychiatrischen Institutionen in Studie 3 wurden zudem die kognitive Einsicht anhand der „Beck cognitive insight scale“ (BCIS, 34) und die subjektive Erfahrung von ZM unter Zuhilfenahme der „Coercion Experience Scale“ (33) berücksichtigt. Im Rahmen des klinischen Interviews mit dem Schwerpunkt erlebter ZM diente eine Frage zur Erfassung der Wahrnehmung psychiatrischer Kliniken als „Hilfe/Unterstützung“ versus als „Gegner“. Mithilfe einer binär-logistischen Regression unter Verwendung der Einschluss-Methode wurde der Einfluss des subjektiven Erlebens von ZM (CES), der Perzeption von Fairness und Effektivität der Behandlung (AES-1) sowie der Selbstreflexivität (BCIS-R) auf die Haltung gegenüber der Psychiatrie untersucht. Als Kovariate diente ein aus den z-Werten der YMRS und der PANSS gebildeter symptombezogener Score (Mielau et al. 2017).

5. Ergebnisse

Die t-Tests der Vignetten-Scores (Mittelwerte aller Vignettenurteile für die einzelnen ZM) offenbarten, dass Patienten (N=90) eine Fixierung signifikant seltener als die Kontrollen (N=60) als gerechtfertigt sahen. Die Rechtfertigung von ZM in den Fallvignetten wurde durch ein hohes Maß an wahrgenommener Fairness und Effektivität in der eigenen Behandlung, niedriges psychosoziales Funktionsniveau und eine geringere Anzahl selbst erlebter ZM prädiiziert. Post-hoc-Vergleiche der Patienten ohne Fixierungserfahrung (N=44), der Patienten mit Fixierungserfahrung (N=46) und gesunder Kontrollen (N=60) ergaben signifikante

Unterschiede zwischen Kontrollen und den in der Vorgeschichte fixierten Patienten bezüglich der Urteile über die Rechtfertigung einer Fixierung und zwischen den in der Vorgeschichte fixierten und nie zuvor fixierten Patienten in Bezug auf die Urteile über die Rechtfertigung einer Zwangsmedikation. Die Patienten mit Fixierungserfahrung sahen eine Fixierung im Vergleich zu den Kontrollen seltener als gerechtfertigt an und entschieden sich weniger häufig als die Patienten ohne Fixierungserfahrung für eine Zwangsmedikation. Nach Einführung des SAI wurden 52,9% der Varianz aufgeklärt und folgende signifikante Prädiktoren herausgearbeitet: AES-Subskala 1, AES-Subskala 2, CES-Summenscore. Somit waren ein hohes Maß an Krankheitseinsicht, wahrgenommener Fairness und Effektivität der Behandlung und niedrige CES-Scores mit Urteilen für die Rechtfertigung von ZM assoziiert (Mielau et al. 2015).

Retrospektiv gewünschte Maßnahmen zur Verhinderung einer selbst erlittenen ZM konnten 67 Patienten angeben. 31,3% der Befragten nannten hochfrequente Einzelgespräche bzw. das dem Patienten Zuhören (29,9%) als Alternative. Schutz vor Mitpatienten (10,5%), Gewährung einer angemessenen Bedenkzeit für Therapieentscheidungen (19,4%) und Befolgen der Forderungen des Personals (Unterwerfung) hätten ZM aus Sicht von 14,9% der Betroffenen vermeidbar gemacht. Insgesamt schätzten 21,4% der Patienten die selbst erlebte ZM als unvermeidbar ein. Präventionspotenzial zur Reduktion von ZM im Allgemeinen sahen 56,7% der Patienten in gesprächsbezogenen Interventionen, 45,6% in Aus- und Weiterbildung des Personals, 42,2% in einem höheren Personalschlüssel, 35,6% in 1:1 Betreuung und 37,8% in räumlichen Rückzugsmöglichkeiten. Im hypothetischen Fall einer abzuwendenden Eigengefährdung präferierten 56,8% der Teilnehmer eine Zwangsmedikation, welche durch Festhalten vom Personal appliziert wird. Eine alleinige Fixierung wählten lediglich 4,9%, wohingegen eine Zwangsmedikation in Kombination mit einer Fixierung von 12,4% der Patienten bevorzugt wurde. 16,5% sprachen sich in der vorgestellten Notsituation für eine Isolierung und 2,5% für eine Zwangsmedikation ohne Angabe einer Verabreichungsmethode aus. Insgesamt stimmten lediglich 6 Personen (7,4%) gegen jegliche Intervention. In der geschilderten Notsituation mit Vorliegen einer Fremdgefährdung hielten 46,6% der Befragten eine Fixierung mit Zwangsmedikation für indiziert. 25% der Patienten votierten für das Festhalten durch Personal zur Verabreichen einer Zwangsmedikation, 21,5% stimmten einer Isolierung zu. Gegen jegliche Intervention waren 3,4% der Patienten, wohingegen weitere 3,4% eine alleinige Fixierung bevorzugten und 2,4% eine Zwangsmedikation wählten (Mielau et al. 2016).

In einer weiteren Untersuchung eines Gesamtsamples von 79 Patienten stellte sich heraus, dass 16 Teilnehmer (20,2%) die Psychiatrie als schädlich bzw. sich als Gegner erachten, während 63 Patienten (79,7%) die Psychiatrie als unterstützende Institution wahrnehmen. Die Haltung

gegenüber der Psychiatrie war nicht signifikant mit den quantitativen Maßzahlen der erlebten ZM oder symptombezogenen Messwerten (PANSS, YMRS, GAF, SAI) assoziiert. Bei den 70 Patienten, die selbst eine ZM erlebt hatten, erwiesen sich das subjektive Erleben der ZM (CES), die Perzeption von Fairness und Effektivität der Behandlung (AES-1) sowie die Selbstreflexivität (BCIS-R) als signifikante Prädiktoren der Haltung gegenüber der Psychiatrie. In einer zweiten binären Regression für das gesamte Patientensample (N=79) wurden unter Ausschluss der CES, welche nur von den Patienten mit Vorerfahrung von ZM ausgefüllt werden konnte, BCIS-R und AES-1 als signifikante Prädiktoren der Haltung gegenüber der Psychiatrie ermittelt.

6. Diskussion

Anhand von Studie 1 wurde dargestellt, dass Patienten in ethisch herausfordernden Szenarien Zwangsunterbringungen und -medikationen zur Abwendung unmittelbarer Gefährdung im selben Maße wie eine Kontrollgruppe gesunder Studienteilnehmer zustimmen. Der Wunsch von Patienten nach Unterstützung und Protektion in einem angenommenen Zustand der Einwilligungsunfähigkeit wurde somit unterstrichen. Dieses Resultat steht im Einklang mit einer Fallvignettenstudie zur Manie-Therapie, an welcher 503 Patienten mit affektiven Störungen sowie deren Verwandte und Bezugspersonen teilnahmen (2). Darin wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich der Akzeptanz von Zwangsunterbringungen und -medikationen aufgezeigt. Die Mehrheit der Studienteilnehmer (67,2%) stimmte der Involvierung des Behandlungsteams in Bezug auf die Entscheidung zur Zwangsbehandlung zu; weniger Zuspruch fand die Miteinbeziehung eines gesetzlichen Betreuers (13,9%) oder einer anwaltlichen Vertretung (9%). Eine weitere Befragung von Anorektikerinnen zum Thema Zwangsbehandlungen bei Schizophrenie und Anorexia nervosa verdeutlichte, dass der Art der Beziehung zu den Eltern und den psychiatrischen Behandlern eine größere Bedeutung zukommt als entscheidungs- oder freiheitseinschränkenden Maßnahmen (35). In vorangehenden Studien fand die Patientensichtweise in Bezug auf mechanische Sicherungsmaßnahmen (meist Fixierung) hingegen kaum Beachtung, was möglicherweise durch unterschiedliche Behandlungstraditionen in einigen europäischen Ländern (bevorzugte Durchführung von Isolierungen z.B. Schweiz, Niederlande und Großbritannien) begünstigt wurde. In der vorliegenden Stichprobe wurde die Fixierung signifikant häufiger von der Patientengruppe abgelehnt. Im Vergleich zu einer Zwangsmedikation, welche unter Personalpräsenz oder Anwendung von verbalen Deeskalationstechniken durchgeführt werden kann, wird die Fixierung als tiefgreifendere Maßnahme erlebt. Aber auch Zwangsmedikationen werden von

Betroffenen als Demütigung, Bestrafung oder direkte Bedrohung empfunden (36, 37). Die Differenzen zwischen Patienten und Kontrollgruppe bezüglich der Rechtfertigung der Fixierung wurden in dieser Studie von jenen Patienten getrieben, die selbst eine Fixierung in der Vorgeschichte erfahren hatten. Zudem schienen die Patienten, die eine hohe Anzahl selbst erlebter ZM und ein geringes Maß an wahrgenommener Fairness und Effektivität in ihrer Behandlung berichtet hatten, der Applikation von ZM gegenüber abgeneigt zu sein. Entgegen der allgemeinen Annahme, dass Patienten mit einer stark ausgeprägten Symptomatik und einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau ZM ablehnen, wurde in unserer Untersuchung festgestellt, dass ein hohes psychosoziales Funktionsniveau der Patienten eher zur Entscheidung gegen ZM führt. Möglicherweise verfügt diese Patientengruppe über ein umfassenderes Wissen über alternative Therapiemaßnahmen (Deeskalationsstrategien, 1:1 Betreuung, therapeutische Kontakte) und ist gewillt, sich diese einzufordern. Der CES-Score war in der Subgruppe der fixierungserfahrenen Patienten mit den Vignetten-Ratings assoziiert: Die mit ZM verbundenen Stressoren (Verlust der Würde, Ausmaß von Angst und unerwünschten, physischen Auswirkungen) scheinen besonders bei den Fixierungen ein relevantes Maß anzunehmen. Die Bedingungen, unter denen ZM erfolgen, verdienen daher maximale Sensibilität gegenüber möglichen negativen Langzeitwirkungen wie Traumatisierung (38), Distanzierung vom psychiatrischen Helfersystem (39) oder Schädigung der therapeutischen Beziehung (40). Patienten, die in der Vorgeschichte vom Personal fixiert wurden und Erfahrung mit Drohungen zur Erreichung von Behandlungsadhärenz gesammelt hatten, stimmten Zwangsunterbringungen und -medikationen in Notfallsituationen ebenso häufig wie die Kontrollprobanden zu. Möglicherweise schätzen die Betroffenen die Fürsorge des psychiatrischen Helfersystems trotz dessen Ausübung von aversiv erlebtem Druck oder erzwungener Behandlungsfortführung. Die Regressionsanalyse bestätigte, dass ein höherer Skalenwert auf der „Schedule for the Assessment of insight“ die Rechtfertigung der Anwendung von ZM in der Gruppe der fixierungserfahrenen Patienten, begünstigte. Der Erfahrung einer ZM könnte im Therapieverlauf (41) durch Reframing und Neubewertung eine positivere Bedeutung beigemessen werden, wobei Patienten mit einem höheren Maß an Krankheitseinsicht diesen Prozessen gegenüber vermutlich aufgeschlossener sind. Die Nachbesprechungen von ZM mit dem Patienten und Behandlern können einen Perspektivwechsel anregen, emotional entlastend wirken und Vorabvereinbarungen für künftige Eskalationen erbringen (42). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Gruppenunterschiede zwischen Patienten und Kontrollen in Bezug auf die Rechtfertigung von ZM in den Vignettenszenarien am ehesten durch die konkreten Umstände der stattgehabten ZM

erklärbar sind, was sich in der Ablehnung der Fixierung durch die Patienten widerspiegelt. Die Resultate legen nahe, dass die Entwicklung einer verbindlichen, „best practice guideline“ erforderlich ist, die die Anwendung von Kommunikations- und vertrauensbildender Fertigkeiten, Techniken des Deeskalationstrainings, 1:1 Betreuung, Optimierung der räumlichen Bedingungen, angemessene Personalschlüssel und Nachbesprechungen beinhaltet (43, 44). Einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung von Zwang könnte die aktuell in Überarbeitung befindliche S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ leisten (Veröffentlichung der S3-Leitlinie am 30.06.2018).

Die Betroffenenansichtweise auf Prävention und Durchführung psychiatrischer ZM wurde im Allgemeinen und in Bezug auf die letzte/schwerste, selbst erlebte ZM in Mielau et al. 2016 erfragt. Engmaschige persönliche Betreuung mit hochfrequenten Gesprächskontakten und adäquate Personalbesetzung wurden sowohl als allgemeine Präventionsmöglichkeit, als auch im persönlichen Bezug am häufigsten genannt. Darin spiegelt sich der Wunsch nach Beziehungsaufbau auch bei den oftmals misstrauischen oder geängstigten allgemeinspsychiatrischen Patienten wider (45, 46), der in inversem Zusammenhang mit dem wahrgenommenen Zwang steht (47). Eine geringe therapeutische Allianz zum Aufnahmezeitpunkt erwies sich als signifikanter Prädiktor aggressiver Eskalationen (48). Gewährung längerer Bedenkzeiten vor Therapieentscheidungen, Angehörigenkontakte und Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse können das Vertrauen in das therapeutische System fördern (49). Fast 50% der Studienteilnehmer sahen umfassende Personalschulungen in Hinsicht auf Deeskalationsstrategien als präventiv an. Die Wirkung von Schulungen zum Umgang mit Aggressionen auf die Reduktion von ZM wurde für deeskalationsbezogenes Wissen nachgewiesen (50). Noch wichtiger erscheint eine wertschätzende, gewaltfreie Kommunikation zu sein (51). 38 % der Patienten gaben räumliche Rückzugsmöglichkeiten als Möglichkeit zur Vermeidung von Eskalationen in allgemeinspsychiatrischen Notsituationen an. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass ein Großteil der in Studie 2 befragten Patienten auf psychiatrischen Stationen mit sehr begrenzten räumlichen Rückzugsorten behandelt wurden. Dieses Ergebnis deckt sich mit der vorhandenen Evidenz auf die Beeinflussbarkeit der Häufigkeit von ZM durch Veränderung der Räumlichkeiten. (18). Laut Dresler et al. ließ sich ein deutlicher Rückgang von ZM durch einen Klinikumzug in größere Räumlichkeiten verzeichnen (17). Ein zweiter Schwerpunkt der Studie 2 war die Einschätzung des in Notfallsituationen präferierten Umgangs mit einem sich eigengefährdenden oder fremdgefährdenden Patienten. Lediglich 18-25% der Patienten unserer Stichprobe votierten für

eine alleinige Sicherungsmaßnahme (Isolierung, Fixierung), während sich die Mehrheit der Befragten bei Eigengefährdungspotenzial für eine Zwangsmedikation mit Festhalten durch das Personal aussprach. Auch in den Arbeiten von Sheeline und Nelson, Naber et al. und Georgieva et al. zeigte sich, dass eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen als weniger belastend im Vergleich zu Isolierungen oder Fixierungen bewertet wird (14, 52, 53). Patienten erleben diese eher als Bestrafung und nicht als Sicherung (51). Da in Deutschland bislang keine manualisierte, sicherheitserprobte Festhaltetechnik etabliert worden ist, mag kaum ein Studienteilnehmer eine solche, in anderen europäischen Ländern routinemäßig eingesetzte ZM erfahren haben. Dieser Umstand liefert eine mögliche Erklärung der hohen Akzeptanz des Festhaltens zur Verabreichung einer Medikation. Es gibt allerdings erste vielversprechende Hinweise aus deutschen Studien, die eine Reduktion von ZM um 85% durch Anwendung eines 4-Stufen-Immobilisationskonzepts berichten (54). Nebenbefundlich vermissten 58% der Befragten eine strukturierte Nachbesprechung der erfahrenen ZM, was im Widerspruch zu Vorgaben einer leitliniengerechten Therapie eigen- oder fremdgefährdender Notfälle steht (42). Dennoch bleibt zu diskutieren, ob die z. B. im Verlauf von Visiten oder sonstigen Gesprächen geführten Nachbesprechungen einen klareren Rahmen erhalten sollten, damit die Patienten sie im klinischen Alltag auch als solche wahrnehmen. Auf Seiten der Behandler bestehen häufig Unsicherheiten bzgl. des Inhaltes der Nachbesprechung von ZM, die durch die Verwendung eines Leitfadens zur Nachbesprechung von ZM möglicherweise geschmälert werden können. Aktuelle strukturelle Entwicklungen sollten die zur Vermeidung von ZM erforderliche Personalintensität berücksichtigen, um eine partizipative, die Patientenautonomie unterstützende psychiatrische Behandlung zu ermöglichen (55).

In Mielau et al. 2017 wird aufgezeigt, dass subjektive Variablen größeren Einfluss auf die Haltung der befragten Patienten gegenüber der Psychiatrie haben als quantitative Parameter (Vorerfahrungen mit ZM, Art der erlebten ZM, zum Befragungszeitpunkt erfolgte Zwangsunterbringung) oder Psychopathologie. Ein hohes Maß an wahrgenommener Fairness in der Patientenversorgung war mit einer positiveren Haltung gegenüber der Psychiatrie assoziiert. Die Integrität der Motive der Behandler in Bezug auf nicht vermeidbare ZM könnte mit der von Patienten empfundenen Fairness in Zusammenhang stehen. Die Einstellung der professionellen Helfer gegenüber ZM wurde als entscheidender Prädiktor der Häufigkeit durchgeführter ZM bestätigt (56-58). Von Seiten der Behandlungsteams angewandte Strategien im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen in der stationären Psychiatrie werden von Patienten häufig als kontrollierend beschrieben, wohingegen das Personal aggressives Verhalten internen und externen Patientenmerkmalen zuschreibt (59). Die Effektivität einer

Behandlung bezieht sich auf die wahrgenommenen Therapien in ihrer Gesamtheit, wobei auch ZM in ein umfassendes, transparentes Therapiekonzept eingebettet werden sollten. Eine Beeinflussung der Behandlungseffektivität durch die Ausprägung symptombezogener Variablen wäre denkbar; beispielsweise könnte die Regredienz eines Größenwahns eine Behandlung subjektiv ineffektiv erscheinen lassen. Dennoch ließ sich in dieser Stichprobe keine signifikante Korrelation zwischen Symptomausprägung oder spezifischen Symptomen und der Haltung der Patienten gegenüber der Psychiatrie nachweisen. Somit wird die Annahme, dass persönliche Auswirkungen von ZM eher von therapeutischen Faktoren abhängig und folglich modifizierbar sind, untermauert. In der vorliegenden Studie war die Selbstreflexivitäts-Skala, die dem Konstrukt der kognitiven Einsicht nach Beck (34) zuzuordnen ist, die einzige psychopathologische Variable, welche mit der Haltung der Patienten zur Psychiatrie assoziiert war. Beeinträchtigungen metakognitiver Fähigkeiten und somit der Reflektion eigener Urteile und Denkprozesse waren mit der Wahrnehmung der Psychiatrie als Gegner korreliert. Dieses Resultat könnte suggerieren, dass Vertrauensbildung und funktionelles Coping bei psychotischen Störungen weniger auf der Entwicklung von formaler Krankheitseinsicht als auf einer Verbesserung von Metakognition im Allgemeinen beruht. Dies steht im Einklang mit einer 2013 veröffentlichten Studie, in der konstatiert wurde, dass die Steigerung der Selbstreflexivität der Patienten zu einer stabileren Entscheidung für eine Schizophrenie Behandlung führt (60). Das subjektive Maß an wahrgenommenem Leiden infolge einer ZM sowie Fairness und Effektivität der Behandlung wiesen einen signifikanten Vorhersagewert hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, psychiatrische Institutionen als „Gegner“ zu empfinden auf. Hervorzuheben ist die Bedeutung der CES-Faktoren „Demütigung“ und „Separierung“, die andere mit einer ZM verbundene Stressoren wie unangenehme physische Auswirkungen, Angst oder negativer Umfeldbedingungen in ihrer Einflussnahme auf die Haltung der Patienten überstiegen. Diese Feststellungen implizieren auch potenzielle Möglichkeiten der Reduktion von subjektivem Distress im Falle nicht vermeidbarer ZM. Der Qualität der therapeutischen Haltung und Kommunikation mit dem Patienten während der ZM muss eine tragende Rolle für die Prävention erniedrigender Erfahrungen zugeschrieben werden. Laut Validationsstudie der CES subsumiert der Faktor „humiliation“ Gefühle der Degradierung, Würdelosigkeit, Scham und Angst, Unverständnis der zur Durchführung einer ZM leitenden Motive sowie Unsicherheit über nachfolgende Geschehnisse (33). Zur Wahrung der menschlichen Würde des Patienten sollte insbesondere auf die Betreuung durch eine qualifizierte Sitzwache, aber auch auf die Verfügbarkeit einer Uhr, Anpassung der Lichtverhältnisse zur Nacht, Nahrungsbereitstellung und Ermöglichung der Nutzung sanitärer Anlagen geachtet werden (61). Die Wichtigkeit der

konstanten Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen dem Betroffenen und einem Personalmitglied während der ZM wurde seit langem betont (33) und findet in den deutschen Landesgesetzen zunehmend Beachtung. Erwähnenswert erscheint, dass die erfassten CES-Werte insgesamt deutlich über denen der Validationsstudie liegen und die Mehrheit der Patienten die Psychiatrie dennoch als unterstützend wahrnahm. Möglicherweise wurden negative Erfahrungen mit ZM durch flankierende, therapeutische Interventionen kompensiert und somit der mit der ZM einhergehende, emotionale Distress nachträglich gemildert. In diesem Zusammenhang sind neben Nachbesprechungen und einem therapeutischen Fokus auf erlebten ZM auch eine generell Recovery-orientierte Haltung und die Vermittlung eines allgemeinen Interesses an subjektiven Erfahrungen psychotisch Erkrankter zu nennen (62).

Limitationen: Eine Beeinflussung der Partizipationsrate durch Art und Schwere von Positiv-Symptomatik, geringe Krankheitseinsicht oder individuelle Coping-Stile der Patienten ist anzunehmen. Da die Rekrutierung der Teilnehmer in Einrichtungen innerstädtischer Versorgungsbezirke Berlins stattfand, sind die Ergebnisse nicht auf ländliche Regionen oder andere Städte übertragbar. Andere häufig von ZM betroffene Diagnosegruppen wie Demenz- oder Abhängigkeitserkrankte wurden in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. Bei der Interpretation der Selbstberichte sind die zeitliche Heterogenität hinsichtlich der erlebten ZM, mögliche Fehlerinnerungen und -attributionen, Übertreibungen, soziale Erwünschtheit sowie durch psychotische Symptomatik oder Medikation bedingte Erinnerungs- und Wahrnehmungsverzerrungen zu berücksichtigen. Die Anzahl der Studienteilnehmer, die in die Regressionsanalysen miteinbezogen werden konnten, war relativ gering, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert. Durch das Querschnittsdesign der Studie ist ein Kausalitätsnachweis der genannten Einflüsse auf die Formation der Haltung gegenüber der Psychiatrie ausgeschlossen. Anhand von Langzeitstudien könnte die Wahrnehmung psychiatrischer Institutionen vor oder beim ersten Kontakt von Patienten mit der Psychiatrie untersucht werden. Die Auswirkungen verschiedener Versorgungskonzepte, Methoden bzw. therapeutischer Haltungen auf das subjektive Erleben von ZM sollten in zukünftigen Studien detailliert beleuchtet werden. Vertrauensbildende Interventionen und therapeutische Gespräche können zu Vermeidung von Zwang beitragen, sind jedoch zeitintensiv und setzen besondere Expertise voraus (63). Langfristige tragbare Konzepte sind für Patienten, die ein hohes Risiko für das Erleben von ZM und Forensifizierung aufweisen, erforderlich. Obwohl aktuelle Bestrebungen in der Psychiatrie die Vermeidung von Zwang priorisieren, muss ein weiterhin niedrigschwelliger Zugang zu einer indizierten Therapie möglich sein, um das Recht auf Behandlung und Schutz zu garantieren und auch negative soziale Folgen abzuwenden. Dies

schließt Regelungen für Situationen ein, in denen ein Patient nicht selbstbestimmungsfähig ist. Die den psychiatrischen Abteilungen zugewiesenen strukturellen Ressourcen, aber auch Haltungen und Prozesse, sowie die soziale Anerkennung psychisch Erkrankter müssen in den kommenden Jahren weiter verbessert werden, um der gesellschaftlichen Forderung nach der größtmöglichen Vermeidung von Zwang zu entsprechen.

7. Literaturverzeichnis

- 1 Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 2006;32:709-14.
- 2 Borgeat F, Zullino D. Attitudes concerning involuntary treatment of mania: results of a survey within self-help organizations. *Eur Psychiatry* 2004;19(3):155-58.
- 3 Lang UE. *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013.
- 4 Thomsen C, Starkopf L, Hastrup LH, Andersen PK, Nordentoft M, Benros ME. Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017;52(8):979-987.
- 5 Steinert T, Bergk J. Aggressive and violent behaviour. Diagnosis, prevention, and treatment. *Nervenarzt* 2008;79(3):359-368.
- 6 Olsen D. Toward an ethical standard for coerced mental health treatment: least restrictive or most therapeutic. *J Clin Ethics* 1998;9:235-45.
- 7 Gaebel W, Falkai P, DGPPN-Leitlinienprojektgruppe (2009). *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten*. Heidelberg: Springer.
- 8 Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, Onchev G, Karastergiou A, Del Vecchio V, Kiejna A, Adamowski T, Torres-Gonzales F, Cervilla JA, Priebe S, Giacco D, Kjellin L, Dembinskas A, Fiorillo A. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(10):1619-29.
- 9 Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert TW. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010;61(10):1012-17.
- 10 Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European union. *Br J Psychiatry* 2004;184:163-68.
- 11 Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a

literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(9):889-97.

12 Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, Fraher DM, Hardy P, Jones S, Gournay K, Johnston S, Pereira S, Pratt P, Tucker R, Tsuchiya A. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3(1):8-18.

13 Sagduyu K, Hornstra RK, Munro S, Bruce-Wolfe V. A comparison of the restraint and seclusion experiences of patients with schizophrenia or other psychotic disorders. *Missouri Medicine* 1995;92:303-7.

14 Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatr Q* 2012;83:1-13.

15 Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015; 10(6): e0128536. doi: 10.1371/journal.pone.0128536

16 Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* 1998;12:21–31.

17 Dresler T, Rohe T, Weber M, Strittmatter T, Fallgatter AJ. Effects of improved hospital architecture on coercive measures. *World Psychiatry* 2015;14:105-6.

18 van der Merwe M, Bowers L, Jones, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:293-9.

19 van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013;202: 142-9.

20 Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013) Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(26): A-1334 / B-1170 / C-1154

21 Kallert TW, Katsakou C, Adamowski T, Dembinskas A, Fiorillo A, Kjellin L, Mastrogianni A, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schützwahl M, Solomon Z, Torres-González F, Bremner S, Priebe S. Coerced hospital admission and symptom change - A prospective observational multicentre study. *PLoS ONE* 2011;6(11): e28191.

22 Kallert TW, Glöckner M, Schützwahl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission - a systematic review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258:195-209.

- 23 Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry* 2016;3(9):842-9.
- 24 Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones HG. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2013;33(4):526–538.
- 25 Sibitz I, Scheutz A, Lakemann R, Schrank B, Schaffer B, Amering M. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2001;199:239-44.
- 26 Rogers A. Coercion and “voluntary” admission: an examination of psychiatric patient views. *Behav Sci Law* 1993;11:259-67.
- 27 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (1994) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Forschungskriterien, Bern, Huber.
- 28 Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13(2):261-76.
- 29 Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA (2000). Young mania rating scale. *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association, Washington, DC, pp 2540-2.
- 30 Müller MJ, Benkert O. German version of the Calgary Depression Scale Rating Scale for Schizophrenia (CDSS): Validity and Specificity. *Pharmacopsychiatry* 1999;32:198.
- 31 Gardner W, Hoge S, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients’ performance perceptions of coercion during hospital admission. *Behav Sci Law* 1993;20:307-21.
- 32 David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798-808.
- 33 Bergk J, Flammer E, Steinert T. Coercion Experience Scale (CES)-validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* 2010;10:5.
- 34 Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68(2-3):319-29.
- 35 Tan JO, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion *Int J Law Psychiatry* 2010;33(1):13-9.
- 36 O’Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O’Callaghan E. Physical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admission and future engagement with mental health services. *Eur Psychiatry* 2011;26(4):208-14.
- 37 Finzen A, Haug HJ, Beck A, Lüthy D (1993). *Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

- 38 Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:492-6.
- 39 Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 2012;12:54.
- 40 Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* 1998;155:1254-60.
- 41 Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2003;59(1):41-7.
- 42 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag; 2010.
- 43 Respect for self-determination and use of coercion in the treatment of mentally ill persons: An ethical position statement of the DGPPN. *Nervenarzt* 2004;85(11):1419-31.
- 44 National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: the short-term management of violent and physically threatening behaviour in mental health, health and community setting, 2014. (Accessed December 01, 2014, at http://www.nccmh.org.uk/guidelines_az.html.)
- 45 Mahler L, Jarchov-Jádi I, Montag C, Gallinat J (2013) Das Weddinger Modell. Resilienz-, und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. Psychiatrie-Verlag.
- 46 Ljungberg A, Denhov A, Topor A. The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatr Q* 2015; 86(4):471-95.
- 47 Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 2011;62:471-6.
- 48 Beauford JE, McNiel DE, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 1997;154:1272-6.
- 49 Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, von Haebler D, Gallinat J, Heinz A. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiat* 2010;24:199-204.
- 50 Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry* 2015;206(6):447-55.

- 51 Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, Jarrett M, Jeffery D, Nijman H, Owiti JA, Papadopoulos C, Ross J, Wright S, Stewart D. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21(4):354-364.
- 52 Sheline Y, Nelson C. Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993;21:321-9.
- 53 Naber D, Kircher T, Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *Eur Psychiatry* 1996;11:7-11.
- 54 Welsus R, Heinzmann T, Pester U, Böhner G. Das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (4SIK). Revolutionierung der Fixierungspraxis? *Psych Pflege* 2013;19:69-73.
- 55 Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature. *Br J Psychiatry* 2007;191:298-303.
- 56 Husum TL, Finset A, Ruud T. The staff attitude to coercion scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry* 2008;31(5):417-22.
- 57 Alem A, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Kullgren G. Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment. *Int J Law Psychiatry* 2002;25(6):599-610.
- 58 Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry* 2003;57(6):453-9.
- 59 Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(3):325-37.
- 60 Raffard S, Fond G, Brittner M, Bortolon C, Macgregor A, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Capdevielle D. Cognitive insight as an indicator of competence to consent to treatment in schizophrenia. *Schizophr Res* 2013;144(1-3):118-21.
- 61 Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: 1-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv* 2013;64(10):1012-7.
- 62 Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. On subjective meaning of psychosis. *Psychiatr Prax* 2010;37(6):285-91.
- 63 Wullschleger A, Mielau J, Mahler L, Vandamme A, Montag C. Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 2018; Manuskript ID: FDNP-0241-01-2018-UB.R1 (in press).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Juliane Mielau, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Subjektives Erleben von Zwangsmaßnahmen – Prävention von Zwang aus Sicht Betroffener“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

25.06.2018

Unterschrift Datum

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

[Die Anteile an den jeweiligen Publikationen sind so deutlich und detailliert zu erklären, dass es der Promotionskommission und den wissenschaftlichen Gutachtern ohne Probleme möglich ist zu erkennen, was Sie selbst dazu beigetragen haben. Wünschenswert wäre ein konkreter Bezug zur Publikation wie z. B.: „aus meiner statistischen Auswertung sind die Tabellen 1, 4, 47 und 60 entstanden.“]

Juliane Mielau hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 266, 337–347.

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

Entscheidender Beitrag an Konzeptualisierung und Design der Studie, sowie Entwicklung bzw. Auswahl der Erhebungsinstrumente, selbstständige Datenerhebung unter Mithilfe einer psychologischen Kollegin, eigenständige Datenanalyse und statistische Auswertung (alle Tabellen sind aus meiner statistischen Auswertung entstanden), eigenständiger erster Entwurf des Manuskriptes und überwiegender Anteil an den nachfolgenden Überarbeitungen, korrespondierende Autorin bei der Einreichung.

Publikation 2: Mielau J, Altunbay J, Heinz A, Reuter B, Bermpohl F, Rentzsch J, Lehmann A, Montag C (2016). Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences. Psychiatr Prax 44(6):316-322.

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

Entscheidender Beitrag an Konzeptualisierung und Design der Studie, sowie Entwicklung bzw. Auswahl der Erhebungsinstrumente, selbstständige Datenerhebung unter Mithilfe einer psychologischen Kollegin, eigenständige Datenanalyse und statistische Auswertung, eigenständiger erster Entwurf des Manuskriptes und überwiegender Anteil an den nachfolgenden Überarbeitungen, korrespondierende Autorin bei der Einreichung.

Publikation 3: Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, BERPohl F, Heinz A, Montag C (2017). The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. DOI: 10.1080/13651501.2017.1383437.

Beitrag im Einzelnen (bitte ausführlich ausführen):

Entscheidender Beitrag an Konzeptualisierung und Design der Studie, sowie Entwicklung bzw. Auswahl der Erhebungsinstrumente, selbstständige Datenerhebung unter Mithilfe einer psychologischen Kollegin, eigenständige Datenanalyse und statistische Auswertung (alle Tabellen sind aus meiner statistischen Auswertung entstanden), eigenständiger erster Entwurf des Manuskriptes und überwiegender Anteil an den nachfolgenden Überarbeitungen, korrespondierende Autorin bei der Einreichung.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266, 337–347

<https://doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>

Mielau J, Altunbay J, Heinz A, Reuter B, BERPohl F, Rentzsch J, Lehmann A, Montag C
(2017). Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences. Psychiatr Prax
44(6):316-322.

<https://doi.org/10.1055/s-0042-105861>

Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, BERPohl F, Heinz A, Montag C (2017). The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2018; 22 (2), 115-122

<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1383437>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, BERPohl F, Lehmann A, Montag C (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266, 337–347.

Mielau J, Altunbay J, Heinz A, Reuter B, BERPohl F, Rentzsch J, Lehmann A, Montag C (2016). Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences. *Psychiatr Prax* 44(6):316322.

Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, BERPohl F, Heinz A, Montag C (2017). The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. DOI: 10.1080/13651501.2017.1383437.

Wullschleger A, Mielau J, Mahler L, Vandamme A, Montag C. Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 2018; Manuskript ID: FDNP-0241-01-2018-UB.R1 (in press).

Danksagung

An dieser Stelle möchte nachstehenden Personen meinen besonderen Dank entgegenbringen, durch deren Mithilfe die Anfertigung dieser Promotion ermöglicht wurde.

Zunächst bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Heinz und Herrn Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat für die Bereitstellung des Themas sowie für die Weiterbetreuung der Arbeit durch Herrn Prof. Dr. med. Felix BERPohl und das mir entgegengebrachte Vertrauen und die kritischen Beurteilungen der Artikel.

Besonders danken möchte ich Dr. phil. Anja Lehmann für zahlreiche Anmerkungen und Beantwortungen der Fragen in der Planungsphase der Studie sowie während der Studiendurchführung. Die bereichernden Gespräche auf professioneller und persönlicher Ebene werden mir als konstruktiver Austausch in Erinnerung bleiben. Zudem möchte ich Jasmin Altunbay meinen Dank aussprechen für die Mitarbeit in der Planungs- und Rekrutierungsphase sowie bei der Durchführung der Studie.

Mein außerordentlicher Dank gilt PD Dr. med. Christiane Montag, ohne deren Mitwirkung und Geduld ein derartiger Arbeitsumfang nicht hätte realisiert werden können. Die mehrfache Durchsicht dieser Abhandlung, ihre kritischen und differenzierten Betrachtungen sowie die zielführenden Diskussionen, vor allem aber ihr moralischer Beistand haben mir Mut zur Anfertigung und Vollendung meiner Dissertation gegeben. Vor allem aufgrund ihres jederzeit spürbaren Engagements und der gegenwärtigen sinnstiftenden Zusammenarbeit gebührt ihr mein voller und besonders herauszustellender Dank.

Tief verbunden und dankbar bin ich meiner Familie, meinen Freunden und meinem Partner für die hilfreiche Unterstützung und das wohlwollende Verständnis bezüglich der Anfertigung dieser Doktorarbeit.

Meine Dankbarkeit gilt darüber hinaus den Kontrollprobanden und den Patienten, die bereit waren, sich zu einem sehr sensiblen und persönlichen Thema zu äußern.